

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
PLAN PERSONALIZADO DE EMPLEO

NOMBRE DEL
PARTICIPANTE

NÚMERO DE PLAN

ID DE CASO

FECHA DE INICIO/FIRMA

FECHA PREVISTA DE FINALIZACIÓN DEL PLAN (MES/AÑO EN NÚMEROS)

TIPO DE PLAN **

ASESORAMIENTO Y ORIENTACIÓN

EMPLEO CON APOYO

RECUPERACIÓN FÍSICA

INICIATIVA DE EMPRESA PEQUEÑA

CAPACITACIÓN

ELEGIBLE DESDE EL PUNTO DE VISTA
FINANCIERO

A. MI OBJETIVO EN RELACIÓN CON EL EMPLEO

OBJETIVO

PERSONAL

RAZÓN POR LA QUE SELECCIONA ESTE OBJETIVO RELATIVO AL EMPLEO (LISTA DE CASILLAS DE VERIFICACIÓN. DEBE MARCAR UNA OPCIÓN COMO MÍNIMO O PROPORCIONAR UNA DESCRIPCIÓN)

Una buena opción teniendo en cuenta mis destrezas y discapacidad.

Actualmente estoy realizando este tipo de trabajo.

Analiqué las opciones y considero que es una buena elección.

Tengo una oferta laboral para realizar este tipo de trabajo.

He finalizado satisfactoriamente una capacitación sobre este tipo de trabajo.

He realizado este tipo de trabajo satisfactoriamente con anterioridad.

Concuerda con mi plan personalizado de empleo durante mi asistencia a la escuela secundaria.

Es acorde a mis intereses, destrezas y fortalezas.

La perspectiva laboral para este tipo de trabajo es favorable.

C. SERVICIOS PLANIFICADOS (DEBE MARCAR UNO COMO MÍNIMO)

NÚMERO DE SERVICIO 1

CATEGORÍA DE SERVICIO Asesoramiento y orientación

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO 000001

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Asesoramiento y orientación

DESCRIPCIÓN ADICIONAL

FECHA DE INICIO ESTIMATIVA (MES/AÑO EN NÚMEROS)

PROVEEDOR DE MI ELECCIÓN Este organismo de rehabilitación

COSTOS ESTIMATIVOS DEL SERVICIO

PARTICIPANTE 0.00

OTROS/BENEFICIOS COMPARABLES 0.00

ORGANISMO 0.00

FUENTE A DETERMINAR 0.00

SERVICIO TOTAL 0.00

FUENTE DE BENEFICIOS COMPARABLES

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA
LAS PERSONAS CON CEGUERA O
TRASTORNOS DE LA VISTA (DBVI)

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS
RELACIONADOS CON SALUD
MENTAL, RETRASO MENTAL Y
ABUSO DE SUSTANCIAS
(DMHMRSAS)

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
(DOE)/ORGANISMO DE EDUCACIÓN
LOCAL (LEA)

SEGURO MÉDICO DEL EMPLEADOR

FAMILIA

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN
SUPERIOR
MEDICAID

LEY DE ASOCIACIÓN DE
CAPACITACIÓN LABORAL (JTPA)

MEDICARE

SEGURO MÉDICO

OTRO

NINGUNO

PROGRAMA FEDERAL DE BECAS PELL

LITIGIO PENDIENTE

SEGURO PARTICULAR

SERVICIOS SOCIALES

SEGURO POR DISCAPACIDAD DEL
SEGURO SOCIAL (SSDI)
SUBSIDIOS DEL DEPARTAMENTO DE
ASUNTOS DE VETERANOS

SEGURO DE INGRESO
SUPLEMENTARIO (SSI)
BENEFICIOS MÉDICOS DEL
DEPARTAMENTO DE ASUNTOS DE
VETERANOS

SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

COMENTARIOS

NÚMERO DE SERVICIO

CATEGORÍA DE SERVICIO

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL
PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN ADICIONAL

FECHA DE INICIO ESTIMATIVA (MES/AÑO EN NÚMEROS)

PROVEEDOR DE MI ELECCIÓN

COSTOS ESTIMATIVOS DEL SERVICIO

PARTICIPANTE

OTROS/BENEFICIOS COMPARABLES

ORGANISMO

FUENTE A DETERMINAR

SERVICIO TOTAL

FUENTE DE BENEFICIOS COMPARABLES

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA
LAS PERSONAS CON CEGUERA O
TRASTORNOS DE LA VISTA (DBVI)

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS
RELACIONADOS CON SALUD
MENTAL, RETRASO MENTAL Y
ABUSO DE SUSTANCIAS
(DMHMRSAS)

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
(DOE)/ORGANISMO DE EDUCACIÓN
LOCAL (LEA)

FAMILIA

LEY DE ASOCIACIÓN DE
CAPACITACIÓN LABORAL (JTPA)

SEGURO MÉDICO

NINGUNO

PROGRAMA FEDERAL DE BECAS PELL

SEGURO PARTICULAR

SEGURO POR DISCAPACIDAD DEL
SEGURO SOCIAL (SSDI)

SUBSIDIOS DEL DEPARTAMENTO DE
ASUNTOS DE VETERANOS

SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

SEGURO MÉDICO DEL EMPLEADOR

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN
SUPERIOR

MEDICAID

MEDICARE

OTRO

LITIGIO PENDIENTE

SERVICIOS SOCIALES

SEGURO DE INGRESO
SUPLEMENTARIO (SSI)

BENEFICIOS MÉDICOS DEL
DEPARTAMENTO DE ASUNTOS DE
VETERANOS

COMENTARIOS

NÚMERO DE SERVICIO

CATEGORÍA DE SERVICIO

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL
PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN ADICIONAL

FECHA DE INICIO ESTIMATIVA (MES/AÑO EN NÚMEROS)

PROVEEDOR DE MI ELECCIÓN

COSTOS ESTIMATIVOS DEL SERVICIO

PARTICIPANTE

OTROS/BENEFICIOS COMPARABLES

ORGANISMO

FUENTE A DETERMINAR

SERVICIO TOTAL

FUENTE DE BENEFICIOS COMPARABLES

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA
LAS PERSONAS CON CEGUERA O
TRASTORNOS DE LA VISTA (DBVI)

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS
RELACIONADOS CON SALUD
MENTAL, RETRASO MENTAL Y
ABUSO DE SUSTANCIAS
(DMHMRSAS)

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
(DOE)/ORGANISMO DE EDUCACIÓN
LOCAL (LEA)

SEGURO MÉDICO DEL EMPLEADOR

FAMILIA

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN
SUPERIOR
MEDICAID

LEY DE ASOCIACIÓN DE
CAPACITACIÓN LABORAL (JTPA)

SEGURO MÉDICO

NINGUNO

PROGRAMA FEDERAL DE BECAS PELL

SEGURO PARTICULAR

SEGURO POR DISCAPACIDAD DEL

SEGURO SOCIAL (SSDI)

SUBSIDIOS DEL DEPARTAMENTO DE
ASUNTOS DE VETERANOS

MEDICARE

OTRO

LITIGIO PENDIENTE

SERVICIOS SOCIALES

SEGURO DE INGRESO

SUPLEMENTARIO (SSI)

BENEFICIOS MÉDICOS DEL
DEPARTAMENTO DE ASUNTOS DE
VETERANOS

SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

COMENTARIOS

NÚMERO DE SERVICIO

CATEGORÍA DE SERVICIO

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DEL
PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN ADICIONAL

FECHA DE INICIO ESTIMATIVA (MES/AÑO EN NÚMEROS)

PROVEEDOR DE MI ELECCIÓN

COSTOS ESTIMATIVOS DEL SERVICIO

PARTICIPANTE

OTROS/BENEFICIOS COMPARABLES

ORGANISMO

FUENTE A DETERMINAR

SERVICIO TOTAL

FUENTE DE BENEFICIOS COMPARABLES

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA
LAS PERSONAS CON CEGUERA O
TRASTORNOS DE LA VISTA (DBVI)

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS
RELACIONADOS CON SALUD
MENTAL, RETRASO MENTAL Y
ABUSO DE SUSTANCIAS
(DMHMRSAS)

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
(DOE)/ORGANISMO DE EDUCACIÓN
LOCAL (LEA)

SEGURO MÉDICO DEL EMPLEADOR

FAMILIA

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN
SUPERIOR
MEDICAID

LEY DE ASOCIACIÓN DE
CAPACITACIÓN LABORAL (JTPA)

MEDICARE

SEGURO MÉDICO

OTRO

NINGUNO

PROGRAMA FEDERAL DE BECAS PELL

LITIGIO PENDIENTE

SEGURO PARTICULAR

SERVICIOS SOCIALES

SEGURO POR DISCAPACIDAD DEL

SEGURO DE INGRESO

SEGURO SOCIAL (SSDI)

SUPLEMENTARIO (SSI)

SUBSIDIOS DEL DEPARTAMENTO DE
ASUNTOS DE VETERANOS

BENEFICIOS MÉDICOS DEL
DEPARTAMENTO DE ASUNTOS DE
VETERANOS

SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

COMENTARIOS

COSTOS ESTIMATIVOS DEL PLAN

PARTICIPANTE

OTROS/BENEFICIOS COMPARABLES

ORGANISMO

FUENTES A DETERMINAR

COSTOS TOTALES DEL PLAN

D. VALORACIÓN DE MI PROGRESO RESPECTO DE MI OBJETIVO EN RELACIÓN CON EL EMPLEO

Junto con mi asesor evaluaremos mi progreso respecto de mi objetivo en relación con el empleo al menos una vez al año, utilizando los criterios a continuación; y yo recibiré una copia de los resultados de la revisión. En cada revisión se tendrán en cuenta mis necesidades con respecto a tecnología de rehabilitación, asistencia personal y servicios posteriores al empleo.

VALORACIÓN DEL PROGRESO

E. RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE

- Tengo la obligación de devolver cualquier equipo adquirido por el organismo para mi uso personal en el caso de no utilizarlo más.
- Comprendo que es mi responsabilidad finalizar este plan e informaré a mi asesor sobre cualquier modificación.
- Comprendo la importancia de la asistencia y la puntualidad.
- Asistiré a todas las reuniones y citas programadas.
- No abandonaré el programa ni realizaré ninguna modificación sin antes comunicarme con mi asesor.
- Presto mi consentimiento para que el DRS y los proveedores intercambien la información necesaria para proporcionar, comprobar e informar los servicios.
- Me vestiré como si fuera a trabajar para concurrir a todas las citas con el personal del DRS.
- Seré puntual en todas las reuniones y citas programadas.
- Realizaré la prueba de desarrollo educativo general (GED).
- Finalizaré el programa de la escuela secundaria y me graduaré según lo programado.
- Finalizaré el programa de la escuela secundaria o el programa universitario, y me graduaré según lo programado.
- Finalizaré el programa de capacitación y me graduaré según lo programado.
- Pasaré los análisis de detección de estupefacientes previos al empleo constantemente.
- Me comunicaré con mi asesor todas las veces que así él lo desee.
- Me comunicaré con mi asesor antes de realizar cualquier cambio o abandonar el programa.
- Seguiré mi programa de tratamiento.
- Seguiré el tratamiento indicado por mi médico de manera oportuna.
- Aceptaré todas las oportunidades de empleo provistas.
- Obtendré la licencia de conducir.
- Mantendré un contacto regular con mi asesor durante el tiempo de vigencia del plan.
- Me mantendré sobrio y participaré en un plan de recuperación.
- No daré en préstamo, no empeñaré ni venderé ninguna herramienta o equipo provistos por el DRS.
- Obtendré una identificación que incluya una fotografía y la documentación requerida para el empleo.
- Participaré en una sesión de asesoramiento y orientación al menos una vez cada 90 días.
- Participaré en evaluaciones de mis destrezas a fin de confirmar que mi elección vocacional definitiva es acertada.
- Realizaré mis deberes conforme a los estándares del empleador y solicitaré ayuda en el caso de no estar seguro con respecto a las políticas o los procedimientos.
- Proporcionaré una copia de la lista de clase o el programa del curso antes del inicio de cada semestre.
- Informaré a mi asesor cualquier cambio de dirección o número de teléfono inmediatamente.
- Informaré cualquier problema que me impida llevar a cabo mi plan satisfactoriamente.
- Informaré mis ingresos a mi asesor y a los organismos que corresponda, como el Seguro Social y los Servicios Sociales.
- Devolveré al DRS cualquier equipo adquirido por el organismo para mi uso personal en el caso de no utilizarlo más, según lo planificado.
- Comunicaré la información sobre los ingresos, los beneficios y mi empleador a mi asesor del DRS.
- Concurriré al trabajo puntualmente y me vestiré conforme a los estándares del empleador.
- Conservaré el empleo durante al menos 90 días antes de que mi caso del DRS sea debidamente cerrado.
- Cuidaré los equipos y las herramientas de trabajo o de medicina provistos por el DRS.
- Tomaré mis medicamentos de acuerdo a las prescripciones.
- Informaré a mi asesor cuando concurra a trabajar o tan pronto como consiga un empleo.

Otras responsabilidades

F. OTROS COMENTARIOS

G. PARA CLIENTES QUE INGRESAN A EMPLEOS CON APOYO

Probablemente requiera los siguientes servicios extendidos para el empleo con apoyo (marcar todas las opciones que correspondan):

Seguimiento con contacto mínimo de una vez al mes según acuerdo con el proveedor _____

Otros servicios (especificar a continuación) _____

(Especificar “otro”) _____

Probablemente los servicios extendidos sean provistos por (ingresar nombre de proveedor/es) _____

H. DECLARACIONES Y CERTIFICACIONES

1. Acordamos que los servicios incluidos en este plan son necesarios para que yo pueda alcanzar mi objetivo. Tomé decisiones acerca de mi programa al participar en la elección de (marcar todas las opciones que correspondan)

objetivos con valoración del servicios y proveedores
respecto al empleo progreso _____

2. Se realizarán todos los esfuerzos posibles a fin de prestar los servicios en el entorno de mayor integración que sea adecuado para el servicio. Todos los servicios son provistos en un entorno de integración. Si algunos o todos los servicios no son provistos en un entorno de integración, esto se debe a: Sí No

3. Este plan concuerda con mi Programa personalizado de educación (IEP) aquí adjunto, incluidos los objetivos de transición. Sí No corresponde _____
¿Adjuntó el IEP? (Marcar una opción. Aplicable sólo para un estudiante con un IEP)

I. DERECHOS, TÉRMINOS Y CONDICIONES

a. Puedo solicitar que se modifique mi plan. Ambos, mi asesor y yo, debemos acordar cualquier modificación del plan y firmar y fechar cualquier modificación sustancial antes de implementar los cambios. Puedo estar en desacuerdo con mi programa y conversar sobre mis sentimientos y problemas con mi asesor, el supervisor o el director regional. En el caso de estar en desacuerdo con alguna decisión del DRS, puedo solicitar una revisión

administrativa informal de mi caso, una audiencia llevada a cabo por un funcionario imparcial o una mediación con un mediador calificado. Mi asesor puede ayudarme a presentar la solicitud.

b. Puedo solicitar ayuda del Programa de Asistencia al Cliente (*Client Assistance Program, CAP*) de la Oficina de Protección y Apoyo del Estado de Virginia (*Virginia Office for Protection and Advocacy*), para que me asistan con mis inquietudes y/o me representen en el caso de apelar.

c. Comprendo que este plan no constituye un contrato legal y que el DRS pagará los servicios siempre y cuando cuente con el dinero para hacerlo, la legislación que rige este programa no se modifique y yo logre un progreso satisfactorio con respecto al objetivo establecido en relación con el empleo.

J. FIRMAS

Mediante mi firma a continuación, ratifico que realicé una elección informada con respecto al contenido de mi Plan de empleo; que se me ofreció una explicación clara sobre el proceso, los términos y condiciones, y mis derechos y obligaciones, que yo comprendí, relacionados con el Plan de empleo; que estoy de acuerdo con las responsabilidades, los términos y las condiciones de este plan; y que he recibido una copia del mismo. En el caso de contar con un Vale laboral (*Ticket to Work*) que no haya sido asignado a otra Red de empleo (*Employment Network*), certifico que la Administración de Seguro Social automáticamente me inscribirá en el programa Vale laboral, si soy elegible, y yo asignaré mi vale al DRS.

En la línea a continuación, escriba su nombre EXACTAMENTE como figura en su credencial del seguro social.

Firma legal del participante	_____	Fecha	_____
Nombre del representante (si tiene)	_____	Relación	_____
Firma del representante	_____	Fecha	_____
Nombre del asesor	_____	Número de casos	_____
Firma del asesor	_____	Fecha	_____